

# Bioética en la atención estomatológica al adulto mayor

REMIJ 2013;14(1):134-153

## *Bioethics in dental care for the elderly*

*Dra. Niovis Maceo Montesino<sup>1</sup>, Dra. Madelin Rives Figueredo<sup>2</sup>, Dra. Yusdaisy Pérez García<sup>3</sup>, Dra. Lisett Meriño Collazo<sup>4</sup>*

### RESUMEN

Este trabajo de revisión se realizó con el objetivo de actualizar a los profesionales y técnicos de la estomatología en cuanto al conocimiento y aplicación de la bioética a la hora de brindar atención estomatológica a la población geriátrica. Para realizarlo se utilizaron diferentes métodos de búsqueda de la información mediante las páginas electrónicas, documentos, libros, tesis y artículos científicos. Los resultados mostraron que la bioética a pesar que data de miles de años si se utiliza adecuadamente nos puede ayudar a elevar la calidad del servicio que se brinda a este sector poblacional.

*Palabras clave:* Adulto Mayor, Atención estomatológica, Bioética

### SUMMARY

This review work was performed with the aim of updating the professionals and technicians of stomatology in the knowledge and application of bioethics at the time of providing dental care to the geriatric population. To do this we used different methods to search for information through the web pages, documents, books, thesis and scientific articles. The results showed that although bioethics dates back thousands of years if used appropriately can help us improve the quality of service provided to this population sector.

*Keywords:* Elderly, dental care, Bioethics

## INTRODUCCION

Se realizó el siguiente trabajo de revisión con el objetivo de actualizar a los profesionales y técnicos de la estomatología en cuanto al conocimiento y aplicación de la bioética a la hora de brindar atención estomatológica a la población geriátrica.

La bioética es, como ciencia, relativamente nueva, pero desde la más remota antigüedad el hombre se empeñó en analizar conductas relacionadas con la actitud de la sociedad y los profesionales de la salud en relación con el respeto a la vida. Las regulaciones establecidas en el “Código de Hammurabi” (S. XVIII a.n.e.) y el precepto “No matarás” proclamado en la Biblia (S. X-VIII a. n. e.), son ejemplo de ello. En el mundo griego, preocupado por la ética, los “Consejos de Asclepios” (Dudosa autoría, pero ciertamente antiguos) (S. IX-VIII a. n. e.) y sobre todo el “Juramento Hipocrático” (S. V a. n. e.) reflejan lo que se esperaba de un profesional de la medicina.<sup>1</sup>

Más de 2400 años transcurrieron desde entonces y destellos de este interés por la ética de la vida se pueden apreciar en diversos autores (Paracelso, Johnson, etc.) Pero se necesitaría la llegada de los trágicos acontecimientos de la quinta década del siglo XX para que el hombre institucionalizara su pensamiento en este sentido.<sup>1</sup>

Desde la aparición del término bioética en la década de los setenta, se ha puesto énfasis en la calidad de vida de pacientes que, gracias al desarrollo de la ciencia, en años anteriores no tendrían otra posibilidad que la muerte y ahora son objeto de muchos debates. Estos progresos a su vez, condicionan la aparición de circunstancias que obligan al hombre a plantearse nuevas interrogantes en el orden ético de la justicia sanitaria y del derecho a la salud en la que cada individuo posee carácter autónomo.<sup>2</sup>

Una mirada dirigida hacia las publicaciones actuales sobre el tema que se ha señalado, permite evidenciar la escasez de material destinado a tratar las particularidades, que en el terreno de la bioética debe enfrentar el profesional de la salud que se ocupa de la atención a la creciente proporción de la población que sobrepasa la sexta década de la vida.<sup>2</sup>

El envejecimiento poblacional es el aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada. Es un proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo que se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida.<sup>3</sup>

La sociedad moderna, en los primeros años del nuevo siglo XXI, asiste a una situación singular, más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez y que convierte al envejecimiento poblacional, quizás, en uno de los retos más importantes para la sociedad moderna.<sup>3</sup>

El objetivo principal de la atención geriátrica es mantener el validismo de las personas adultas, decir mantener la capacidad funcional de atenderse por sí solos y desarrollarse dentro del seno de la familia y la sociedad, lo que les permite de forma dinámica el desempeño en el vivir diario.<sup>3</sup>

La vejez, si no es un divino tesoro, resulta un preciado don que en la actualidad disfrutan más de 600 millones de personas mayores de 60 años en el planeta.

El fenómeno no solo refleja las tasas más altas de población de la tercera edad en la historia de la humanidad, sino que la tendencia en el próximo siglo será el aumento de los ancianos, incluso, en las naciones subdesarrolladas.<sup>3</sup>

Se estima que para el 2025, alrededor de 15,6 % de los ancianos serán mujeres y 12,6 % hombres, con una esperanza de vida mayor en las primeras con respecto a los segundos.<sup>4</sup>

Cuba es un ejemplo claro de esta tendencia mundial, ante el descenso continuado de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, fundamentalmente en los grupos de edades intermedios y mayores, el proceso de envejecimiento debe continuar avanzando con mayor fuerza. Mientras que la esperanza de vida al nacer es de más de 75 años, a los 60 años es de más de 20 años y a los 80 es más de 7 años. Para el 2015, habrá por primera vez más adultos mayores que niños, y ya en el 2025, uno de cada cuatro cubanos, será una persona de 60 años y más de edad.<sup>5</sup>

De esta forma, Cuba será el país más envejecido de América Latina y en el 2050 llegará a ser uno de los más envejecidos del mundo, pues la proporción de adultos mayores será muy superior con respecto a la población total.<sup>5</sup>

Nuestro municipio al igual que el resto del país, no está exento de este envejecimiento poblacional por lo que se considera que para el 2020 del 15 al 17 % de la población pinera será adulto mayor.<sup>3</sup>

Los diferentes cambios normales del envejecimiento son una parte de la odontogeriatría conocida como envejecimiento orofacial, que está definido por los cambios normales presentados en la mayoría de los adultos mayores.<sup>3</sup>

Por todo lo anteriormente expuesto debemos tener presente que a nuestra consulta asistirá un gran número de este sector poblacional por lo que demanda de nosotros, los estomatólogos, un marcado compromiso moral para elevar el nivel de salud bucal de estos pacientes.

El presente trabajo tiene como propósito actualizar a los profesionales y técnicos de la estomatología en cuanto al conocimiento y aplicación de la bioética a la hora de brindar atención estomatológica a la población geriátrica y plantear algunos de los problemas que desde el punto de vista bioético enfrenta el estomatólogo que debe brindar atención de salud a los ancianos, teniendo en cuenta los criterios actuales.

## MÉTODOS

Se utilizaron diferentes métodos de búsqueda de la información mediante las páginas electrónicas, documentos, libros, tesis, artículos científicos, etc. Para la búsqueda en Internet fue empleado el motor de búsqueda Google y las palabras clave Bioética, Adulto Mayor y Atención Estomatológica. Se consultaron además las revistas disponibles en SciELO y otras de la literatura internacional, de igual forma fue consultada la enciclopedia libre Wikipedia. Toda esta información fue organizada según los criterios de las autoras en carpetas y subcarpetas, para ser utilizada posteriormente en el análisis final.

## ANÁLISIS

La ética es un conjunto de principios, normas, valores y cualidades morales que guían y regulan las acciones de un individuo o de un grupo profesional ante la sociedad. La ética médica o deontología médica tradicional trataba de los principios éticos por los que se rige la conducta profesional en la práctica médica, tanto en la relación médico paciente, en los procedimientos y obligaciones del médico frente a los enfermos, y distinguía en última instancia los problemas emanados de la relación médico paciente, médico personal paramédico y/o médico terceras personas vinculadas al enfermo.<sup>2</sup>

La bioética es por definición el conjunto de conceptos, argumentos y normas que valoran y legitiman éticamente los actos humanos que eventualmente tendrán efectos irreversibles sobre fenómenos vitales. Es más vasta que la ética médica porque incluye situaciones, actos y consecuencias que ocurren fuera del quehacer médico. Estudia los dilemas presentados por, o en nombre de, seres vivos, en tanto la funcionalidad o la persistencia de sus vidas se vean amenazadas. Aborda además cuestiones sociales relativas a la salud pública (organización, financiamiento y prestación de servicios) y amplía su marco hasta la experimentación animal y los problemas del medio ambiente, incluyendo materias como la ética ecológica, la ética de futuras generaciones, la ética del conocimiento

biológico, la ética bioindustrial, la ética de la naturaleza, de la familia, de la discriminación.<sup>2</sup>

En el campo de la ética se nos han legado dos tradiciones significativas: una de ellas proviene de Kant, que enfatiza los deberes de las personas entre sí, y la otra ha puesto el acento en las cualidades del agente moral y suele encontrarse aludido en el concepto virtud. El carácter virtuoso es el resultado de un hábito virtuoso; de ahí la doble connotación de la propia voz ética, que se refiere tanto al hábito y la costumbre como al aspecto moral, siendo este resultado de un sabio cultivo de la naturaleza humana a través del conocimiento y del ejercicio.<sup>2</sup>

Es la bioética una forma de la ética aplicada a la salud, especialidad de la ética clásica concebida como “ciencia de la moral”. A través de este enfoque hoy se emprende la búsqueda de una “globalización” que incluye aspectos económicos, políticos y tecnológicos, los cuales se suman a los conceptos morales en un todo armónico.<sup>2</sup>

La bioética estudia la moralidad de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida. Es de carácter interdisciplinario. Es un instrumento de reflexión para orientar el saber biomédico y tecnológico, en función de una protección cada vez más responsable de la vida humana. Tanto el *Código de Núremberg*, como otros documentos éticos, que buscan proteger a los pacientes, son revisados periódicamente a fin de actualizarlos y adecuarlos a los nuevos desafíos.<sup>6</sup>

En el campo de la moralidad resulta para muchos controvertido el hecho de la determinación objetiva de ella; pero, teniendo en cuenta que la moralidad es aquella cualidad de los fenómenos sociales que se expresa en la connotación que tiene para el hombre la relación con sus semejantes; entonces, la determinación subjetiva cae por su propia base al considerar que la moral es un fenómeno espiritual influido además por la vida del individuo, su fortaleza y acondicionamiento social.<sup>2</sup>

En las últimas décadas han ocurrido tres fenómenos estrechamente relacionados entre sí que han llamado la atención mundial pues han obligado a revisar políticas nacionales en relación a las personas. El primero de ellos es el envejecimiento poblacional. La población de 60 años y más ha crecido aceleradamente. También, el concepto de envejecimiento ha cambiado. El segundo fenómeno es el gran avance técnico-científico en Medicina, trayendo además mayor complejidad en la aplicación de estos recursos. El tercer y último fenómeno es el resurgimiento de la Ética Médica. Actualmente es posible recurrir a los derechos del paciente y también acudir a los principios bioéticos en la toma de decisiones. A pesar de que estos aclaran muchas decisiones médicas, los médicos no están aún capacitados para actuar sobre estos pilares.<sup>6</sup>

La bioética por lo tanto es una ciencia conductual porque estudia la conducta humana, no analiza los fenómenos naturales ni lo que hacen los seres vivos no conscientes. Su campo no se limita a la actividad en los campos de la investigación biomédica y la atención en salud, si no que se extiende a toda la actividad humana que se dirija a la vida, porque el bien a tutelar por ella es precisamente LA VIDA. Así se incorporan los atentados contra el medio ambiente, el racismo, la discriminación, el genocidio, etc.<sup>1,7</sup>

Utiliza como herramientas de análisis valores y principios éticos y a los clásicos tres principios iniciales (*Autonomía, Beneficencia y Justicia*) se incorporó la *No Maleficencia* y más recientemente el, para muchos, incluidos los autores del presente artículo, principio rector, la *Solidaridad*.<sup>1,8</sup>

### Principios

*Autonomía*. Derecho del paciente a participar en la toma de decisiones en cuanto a la realización de complementarios y aplicación de tratamientos. De él deriva uno de los aspectos más violados en la práctica médica: el *consentimiento informado* donde el paciente expresa su conocimiento, su comprensión y su decisión al respecto.<sup>1,8</sup>

Además existe un documento, llamado Decisiones Anticipadas, donde el paciente manifiesta su voluntad o deseo de ser sometido o no a procedimientos o tratamientos en caso en que él tenga riesgo vital y no pueda decidir en ese momento. En caso que este documento no exista, se delega la decisión a un tutor o un apoderado legal. El principio de la justicia se refiere a la equidad en la distribución de recursos y bienes considerados comunes, y da igualdad de oportunidad de acceso a estos. Se aplica más en el ámbito social.<sup>6</sup>

Beneficencia. La obligación de los profesionales de la salud de actuar siempre en bien del paciente.<sup>8-12</sup>

Diego Gracia considera que estos son los llamados Principios de Máximos, porque partiendo de nada se aspira a alcanzar el máximo cumplimiento de los mismos, pero no cumplirlos no implica necesariamente una actuación no ética.<sup>8-12</sup>

Justicia. Con sus dos vertientes, la Justicia Distributiva, que involucra el acceso a la salud para todos y la no discriminación en materia de salud.<sup>8-12</sup>

No Maleficencia. De posterior incorporación, este principio incorpora la necesidad de no hacer daño al paciente y se basa en la relación Costo-Beneficio, en salud Justicia y No Maleficencia son Principios de Mínimos, porque para que se cumplan es necesario cubrir un mínimo de requisitos exigidos.<sup>8-12</sup>

Solidaridad. Es un principio de reciente formulación, no incorporado por todos los autores, pero a nuestro juicio el más importante de todos. Si no somos solidarios con el que sufre, si no sentimos el dolor ajeno como propio, nunca podremos tener una actuación ética.<sup>8-12</sup>

El envejecimiento como fenómeno biológico y psicosocial e histórico, tiene sin duda aspectos específicos en cuanto a los problemas morales que plantea, en tanto la actividad del individuo senescente expresa una búsqueda de su autoafirmación que puede o no corresponderse con lo que el grupo social al que pertenece espera de él, y que a su vez no siempre está bien definido, debido a



---

que las normas morales que, como conjunto, están vigentes para una generación a menudo no se corresponde exactamente a las que prescribe en la siguiente.<sup>6</sup>

En lo que concierne a la especie humana se reconocen tipos diferentes de envejecimiento, entre los que sobresalen el individual y el demográfico o poblacional. El envejecimiento individual es el proceso de evolución -hasta ahora irreversible- que experimenta cada persona en el transcurso de su vida, mientras que el envejecimiento poblacional es el incremento del número de adultos mayores con respecto al conjunto de la población a que pertenecen. Esta dualidad de interpretaciones hace que el análisis del envejecimiento deba hacerse en 2 planos diferentes: el social -con implicaciones y dimensiones del micromundo y macromundo- y el individual.<sup>13</sup>

El proceso de envejecimiento humano individual es el resultado de la suma de dos tipos de envejecimiento: el primario, intrínseco o *per se* y el secundario. El envejecimiento primario es el proceso o grupo de procesos responsables del conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad. Su investigación se centra en los mecanismos genéticos, moleculares y celulares que intervienen en el proceso de envejecimiento y que, de expresarse adecuadamente, condicionan lo que se ha denominado “envejecimiento con éxito” (*successful aging*).<sup>13</sup>

El envejecimiento secundario hace referencia al que se produce en los seres vivos cuando son sometidos a la acción de fenómenos aleatorios y selectivos, que ocurren a lo largo del tiempo de vida y que interaccionan con los mecanismos y cambios propios del envejecimiento primario para producir el “envejecimiento habitual” (*usual aging*). Los principales representantes de este envejecimiento secundario son los problemas de salud de carácter crónico y los cambios adaptativos para mantener la homeostasis del medio interno. Su investigación abarca tanto la causa, prevención, desarrollo, manifestación, pronóstico y tratamiento de la enfermedad y de sus consecuencias, como lo relacionado con hábitos y estilos saludables de vida.<sup>13</sup>

Sea cual sea el tipo de envejecimiento considerado, la característica fundamental común a cualquiera de ellos es la pérdida de la reserva funcional, que condiciona una mayor susceptibilidad a la agresión externa al disminuir los mecanismos de respuesta y su eficacia para conservar el equilibrio del medio interno. Esta disminución de la respuesta se manifiesta inicialmente solo bajo circunstancias de intenso estrés para luego pasar a manifestarse ante mínimas agresiones. Según se pierde la reserva funcional la susceptibilidad es mayor, aumentando la posibilidad de que cualquier noxa causal desencadene en pérdida de función, discapacidad y dependencia.<sup>13</sup>

El envejecimiento trae una mayor susceptibilidad y vulnerabilidad ante agresiones patológicas. El anciano presenta alta prevalencia de enfermedades crónicas, exigiendo una mayor demanda en salud.<sup>6</sup>

En la práctica geriátrica, los principios bioéticos se plantean con frecuencia, originando discusiones complejas. Por ello, su conocimiento y dominio son fundamentales. La discusión es el instrumento básico para la toma de decisiones y debe realizarse por el equipo interdisciplinario, junto al paciente y/o familia o apoderado.<sup>6</sup>

Si nosotros consideramos que no tratamos enfermedades y sí enfermos, encontraremos en el anciano un tipo de paciente muy particular, donde existe conflicto en relación a sus aspectos bio-psico-sociales. Debemos considerar los valores del paciente y los principios de la ética médica.<sup>6</sup>

Es importante señalar que en esta etapa de la vida la persona experimenta una serie de situaciones desconocidas y difíciles a las que ha de adaptarse adecuadamente y depende tanto de sus propias habilidades en el manejo y control de estas como del apoyo que la sociedad le brinde constituyendo, por tanto, las situaciones estresantes un aspecto que influye en la salud general de los ancianos.<sup>6</sup>

En la discusión sobre la vejez encuentran lugar tanto el hábito y la costumbre como el carácter moral debido a ello.<sup>2</sup>

Como puntos de análisis para los problemas morales del anciano pudieran considerarse los siguientes:<sup>2, 14</sup>

- La relación anciano-anciano
- La relación anciano-grupo social
- La relación anciano-familia
- La relación anciano-trabajadores de la salud
- El anciano ante la institucionalización
- El anciano y su relación con la alta tecnología
- El anciano en fase terminal y la “muerte digna”

En la *relación anciano-anciano* se generan conflictos que parten de la rigidez de criterios propia de este período de la existencia, ya sea que la posición del individuo en cuestión esté a favor o en contra de las costumbres vigentes. Un ejemplo de este tipo de análisis lo encontramos en el trabajo que recientemente introduce el concepto de “conducta moral de salud”, donde se explora la relación de ancianos entre sí y de éstos con sus familias, que demostró un deterioro de la moralidad evidenciado en la débil sustentación de normas y conductas por parte del anciano y de sus familiares, lo que hace que cualidades como dignidad, respeto, autoestima, autocontrol y normatividad, estén débilmente representadas, siendo, como es obvio, imprescindibles en la lucha por la salud personal.<sup>2, 14</sup>

La relación *anciano-grupo social* ha variado a través de la historia, desde la reverencia propia de las culturas más antiguas en las que la tradición oral confería al anciano un papel de elemento indispensable para la conservación de la identidad del grupo humano, hasta la concepción del individuo mayor como consumidor no productivo, al que es necesario eliminar, característico de algunos grupos de esquimales.<sup>2, 14</sup>

En los comienzos de la presente década se introdujo el término “envejecimiento sociogénico” para expresar la presión ejercida por el grupo social sobre el anciano; hoy, cuando se rinde culto a la velocidad, la técnica, la eficiencia y la juventud, se olvida con frecuencia el valor de la experiencia y la sabiduría de lo vivido presente en los ancianos, que se niegan a reajustar su existencia a normas que no concuerdan con su ritmo biopsicosocial instituido en otras circunstancias socioculturales. Se establecen así conflictos en cuanto al papel social del anciano en el mundo actual.<sup>2, 14</sup>

En la relación *anciano-familia*, aparecen elementos que se introducen a partir de las diferencias intergeneracionales en las que se entremezclan elementos afectivos que, positivos o negativos, matizan la relación en cada caso y van desde la sobreprotección hasta el maltrato y la franca violencia, que dan lugar a violaciones de la ética que pueden tener influencia determinante en la salud del anciano.<sup>2, 14</sup>

Al analizar la *relación del anciano con los trabajadores de la salud*, considerando al paciente adulto mayor como individuo débil, en ocasiones indefenso, con grandes necesidades insatisfechas y trastornos invalidantes que lo hacen dependiente de los demás, surgen con frecuencia aspectos legales y éticos que ofrecen aristas particulares y colocan al trabajador de la salud que brinda sus servicios a personas de este grupo ante algunos problemas cuya solución requiere de un profundo análisis y una preparación particular en cuanto a los principios básicos de la especialidad. Su carencia plantea para el médico nuevos elementos en el análisis ético de la atención de salud al anciano.<sup>2, 14</sup>

Rara vez se hallan soluciones simples que dependen solamente de un conocimiento técnico y de mayor o menor grado de información, especialmente cuando las dificultades surgen en personas con múltiples enfermedades crónicas y discapacidades en un entorno sociofamiliar que no puede garantizar las demandas de tal individuo, si se aspira a encontrar las soluciones alternativas que permitan preservar y promover el bienestar del paciente teniendo en cuenta las

perspectivas, criterios y aspiraciones de éste, sin olvidar que la salud es el pleno disfrute biológico, psicológico y social de la existencia. Para lograr dicho bienestar se impone un flujo bidireccional de información, además del conocimiento de la realidad integral del paciente, lo que unido a una adecuada preparación profesional permitirá alcanzar una decisión informada correcta.<sup>2, 14</sup>

Los ancianos tienen mayor riesgo de resultados adversos, pues frecuentemente no poseen una red de apoyo social adecuada, viven en situaciones de pobreza y hay limitación de acceso y de equidad a los sistemas de salud. Los médicos deben tomar en cuenta esta situación para derivarlos, si fuese necesario, a entidades legales que los protejan y les permitan seguir las indicaciones médicas.<sup>6</sup>

Resulta inevitable la eventual aparición de desacuerdos, que son solubles a través de una mejor información mutua; si existe incompetencia por parte del paciente, es necesaria la designación de un tutor con toda la complejidad que esto puede entrañar. También es posible que se produzcan desacuerdos entre el personal de la salud y pacientes competentes que pueden decidir la terminación de la relación médico-paciente. Esta decisión por parte del médico impone la necesidad de notificar debidamente a los interesados, a la vez que se indica al paciente que puede consultar a otro médico, o dar un margen de tiempo para que él mismo elija otro.<sup>2, 14</sup>

La aplicación de los principios de la bioética, disciplina que se ha considerado como “conflictiva”, y que se desarrolla bajo la premisa de la autonomía del paciente, mientras no se demuestre lo contrario, se hace particularmente interesante si se toma en cuenta que la relación de salud con un anciano debe ser llevada adelante por el profesional de la salud. En tales casos se tiene en cuenta no sólo la intervención propia y la del paciente, sino que además invariablemente intervendrán otros elementos como la familia, más o menos bien informada y con la mejor intención, los órganos de la seguridad social, de justicia, y el sistema de salud sin considerar la eventual participación de las redes de apoyo formal e informal, por lo que pueden producirse discrepancias entre las partes interesadas

en el manejo del problema, ya sea enfermedad, discapacidad, el cambio de status y roles del anciano posjubilación, o aun por problemas del espacio doméstico y social del anciano que asiste a solicitar atención de salud.<sup>2, 14</sup>

El médico movido por los principios de beneficencia-no maleficencia, y casi siempre desde una posición paternalista o contractual, rara vez -aunque se lo proponga- conseguirá alcanzar una relación dialógica.<sup>2, 14</sup>

El anciano enfermo que actúa bajo el impulso de su autonomía, tomará en ocasiones una decisión precipitada, conservadora en exceso o errónea, atendiendo a criterios de salud adquiridos durante una larga existencia y que generalmente son de muy difícil modificación.<sup>2, 14</sup>

La *familia y el grupo social* cuyo criterio se rige por el principio de justicia y con motivaciones que pueden ser la más pura búsqueda de lo mejor para solucionar el problema de salud del anciano, hasta el deseo expreso de dar por terminado un “enojoso problema” y pasando por la más absoluta indiferencia, a menudo entorpecen la buena marcha de la relación entre el médico y el anciano. Se pretende violar la confidencialidad al cuestionar la competencia o incompetencia del anciano, ejerciendo así presión sobre las decisiones del médico.<sup>2, 14</sup>

La influencia de la realidad socioeconómica en la calidad de vida del anciano, estudiada recientemente en nuestro medio por Del Pino, Samón y Delisle, revelan elementos de interés que demuestran la necesidad de una intervención multisectorial en estos problemas, que pueden llegar a constituir barreras si no se toman las medidas necesarias para su solución. Se generan conflictos que atentan contra la autoestima, la percepción de la propia salud y la satisfacción de los servicios recibidos; cuestiones que plantean al médico nuevas interrogantes al dar origen a depresiones reactivas de difícil manejo.<sup>2, 14</sup>

Ante el anciano que muere y que recibe atención médica se abre el capítulo del *paciente terminal y la muerte digna*, tema que ha sido ampliamente tratado en la

literatura actual. A estos problemas se añade el conflicto al decidir entre la atención domiciliaria ofrecida por su familia si la posee, o por manos extrañas en el caso del anciano sin amparo filial, contra la realidad de la atención hospitalaria que garantiza elevada calidad técnica, pero introduce el riesgo de confusión aguda por inmovilidad y estrés, al reducir a la mínima expresión el intercambio afectivo en el anciano en un medio que le es totalmente ajeno.<sup>2, 14</sup>

Estas consideraciones llevan a buscar en la bioética (como disciplina necesaria para regular las acciones de intervención que puede realizar el trabajador de la salud sobre el anciano, garantizando a través de su aplicación la primacía de lo bueno), una herramienta imprescindible para ofrecer su atención al hombre de hoy y de las generaciones futuras en las que la proporción de ancianos debe ocupar un espacio abrumador y en las cuales sus demandas y conflictos pueden ejercer profunda influencia en el equilibrio socioeconómico del grupo humano al que pertenezca, por lo que se impone el estudio de sus necesidades y posibilidades, no sólo como sector de elevado consumo sino como posible.<sup>2, 14</sup>

Podemos decir, que se han incumplido los 4 principios de la bioética los cuales son: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.<sup>2, 14</sup>

Es violado el principio de beneficencia, ya que en ocasiones no se brindó todo el beneficio que los ancianos podían haber recibido, porque a veces la atención fue demorada.<sup>2, 14</sup>

El principio de no maleficencia, que es conocido y formulado desde la época hipocrática, y se refiere a la obligación de no hacer daño a los pacientes, con la conocida frase de *primum non nocere* no se cumple, porque existe maltrato en la comunicación y no se respeta su integridad psicológica, lo cual le proporciona daños en esa esfera.<sup>2, 14</sup>

Una de las grandes peculiaridades que tiene la atención a la población geriátrica en estomatología, por ejemplo en el plano de la terapéutica es que,

paradójicamente, siempre que sea posible debemos curar o aliviar con la menor cantidad de fármacos y en la menor dosis. No lograr una comunicación adecuada sobre la base del respeto y dignidad, se aleja de los principios ético morales que deben distinguir al profesional de la medicina que atiende al anciano.<sup>2, 14</sup>

El principio de justicia se viola, ya que no se le da a los adultos mayores lo que necesitan, lo que merecen y no pueden tener por las limitaciones que a veces presentan; y el de autonomía, porque no se respetan los valores y opciones personales de cada persona. No se debe olvidar que la dignidad del hombre está fundamentada en su autonomía y libertad, la cual se hace vulnerable cuando llega a la etapa de adulto mayor, por el deterioro fisiológico, las enfermedades, alteraciones psicológicas, y discapacidades. El personal de salud se encuentra en la obligación de brindar el trato adecuado, además, hay que considerar al adulto mayor como una persona integral, en un contexto holístico, con necesidades físicas, biológicas, psicológicas, sociales y espirituales propias, por lo que la atención debe ser de excelencia.<sup>2, 14</sup>

Todo lo anteriormente abordado es válido para la especialidad de Estomatología donde los problemas de la bioética se manifiestan en su mayor exponente en la relación estomatólogo-paciente; las particularidades propias del Consentimiento Informado, la Ética del cuidado, el tratamiento del dolor, la cuestión de los valores propios de cada cultura con relación a la salud bucal, y sobre todo en la accesibilidad de los servicios estomatológicos por su alto costo en el mundo. Sin embargo, estos servicios se brindan de manera gratuita a la población cubana, siendo un objetivo importante del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población y del Plan de Estudio de la carrera para la formación de estos profesionales perfeccionar el enfoque humanístico en el proceso docente educativo, por lo que es necesario coordinar e integrar los contenidos de las disciplinas con estos enfoques bioéticos.<sup>2,14</sup>

## **CONCLUSIONES**



---

El desarrollo de este trabajo ha demostrado la importancia que tiene reflexionar acerca de una Bioética Integral como ciencia de la vida en lo que respecta a la atención a la población geriátrica. Es importante no reducirla únicamente al marco de las Ciencias Médicas sino que debemos entenderla en la amplitud con la que se ha presentado y a partir de ella realizar estrategias para la protección de la vida en toda su diversidad, por lo que se debe sistematizar la enseñanza de los contenidos de los principios éticos y bioéticos en todas las disciplinas de la carrera de estomatología y preparar a los profesores de las diferentes asignaturas para la enseñanza de estos principios en todas las actividades docentes y de educación en el trabajo, así como a todo el colectivo de trabajadores de las instituciones docentes asistenciales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Padovani Cantón AM, Clemente Rodríguez ME. ¿Qué es la Bioética?. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2013 Mar 30]; 14(1): 370-374. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942010000100036&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100036&lng=es).
2. Couso Seoane C, Zamora Anglada M, Purón Iglesias I, del Pino Boytel I A. La bioética y los problemas del adulto mayor. MEDISAN. 1998;2(3):30-35. [citado 2013 Mar 30]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol2\\_3\\_98/san06398.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol2_3_98/san06398.htm)
3. Cardentey García J, Trujillo Otero PE, Silva Contreras AM, Sixto Iglesias M, Crespo Palacios CL. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la clínica "Ormani Arenado". Rev. Ciencias Médicas [revista en internet]. abril 2011 [citado]; 15(2): Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm15-2/V15n2/060211.html>

- 
4. Núñez Antúnez L, Sanjurjo Álvarez MC, González Heredia E, Rodríguez ÁR. Intervención educativa sobre salud bucal en gerontes institucionalizados de zona rural. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2013 Mar 30]; 43(4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072006000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000400002&lng=es)
5. González Ramos RM, Madrazo Ordaz DE, Abreu López M, Osorio Núñez M, Mena Madrazo DR. Conocimientos sobre factores de riesgo de salud bucal en adultos mayores de círculos de abuelos. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2013 Mar 30]; 11(4): 519-527. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2012000400012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000400012&lng=es)
6. Mercado R C. Dilemas bioéticos en geriatría: toma de decisiones médicas. Acta bioeth. [revista en la Internet]. 2001 [citado 2012 Jun 27] ; 7(1): 129-141. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2001000100010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000100010&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2001000100010>.
7. García Guerra M, Pinto Contreras JA. La bioética en la medicina actual: una necesidad en la formación profesional. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 2013 Mar 30]; 33(4): 456-462. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242011000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400008&lng=es)
8. Rogés Sánchez AV, Sánchez García S, Sanabria Negrín JG, Sosa Hernández H, Moleiro Hernández M. Aplicación del Consentimiento Informado por Estomatólogos en la Atención Primaria de Salud. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2013 Mar 30]; 14(1): 26-36. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942010000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100004&lng=es).

9. Amaro Cano MC, Marrero Lemus A, Luisa Valencia M, Blanca Casas S, Moynelo H. Principios básicos de la bioética. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 1996 Dic [citado 2013 Mar 30]; 12(1): 11-12. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191996000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191996000100006&lng=es)
10. Brito Sosa G, Iraizoz Barrios AM. Valoración biopsicosocial del adulto mayor desde un enfoque bioético en una población cubana. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2013 Mar 30]; 28(4): 630-648. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252012000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400007&lng=es).
11. Vigil Zulueta IA, Domínguez Eljaiek CF, Hernández Zayas MS, Domínguez Osorio CA. Enfoque bioético de la discapacidad y calidad de vida. MEDISAN [revista en la Internet]. 2013 Ene [citado 2013 Mar 30]; 17(1): 148-156. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000100018&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100018&lng=es).
12. Padrón Chacón R, Muñiz Manzano A, Soto Fernández Á, Barroso López O. Algunas variables del tratamiento quirúrgico maxilofacial y bioética en el adulto mayor. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2013 Mar 30]; 47(4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932008000400001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000400001&lng=es).
13. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2007 Mar [citado 2013 Abr 01]; 33(1): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es).

14. Chiu Navarro V, Colás Costa M, Alonso Pardo ME, Cossío Figueroa N. Algunas reflexiones de la bioética en las ciencias médicas. *Educ Med Super* [revista en la Internet]. 1999 Jun [citado 2013 Mar 30]; 13(1): 15-18. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21411999000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411999000100002&lng=es)